

Psihosocijalni aspekti kronične upalne bolesti crijeva u djece i adolescenata

Psychosocial aspects of inflammatory bowel disease in children and adolescents

Goran Palčevski¹, Rajna Knez², Mladen Peršić¹, Daniela Vuković³

Sažetak. Cilj: Kronična upalna bolest crijeva (KUBC) spada među najteže kronične bolesti djece i adolescentne dobi. KUBC je zajednički naziv za Crohnovu bolest (CB), ulcerozni kolitis (UK) i nediferencirani kolitis. Točan uzrok nije poznat, ali se smatra da su u nastanak kronične upalne crijevne reakcije uključeni i funkcionalno integrirani utjecaji okoline, bolesnikovo genetsko nasljeđe, bolesnikova crijevna mikrobiološka flora te imunološki sustav. Obilježena nepredvidljivim egzacerbacijama neujednačene jačine, bolest se najčešće manifestira probavnim smetnjama, ali nisu rijetke ni izvancrijevne tegobe. Izvancrijevne smetnje puno su izrazitije u CB. Psihičke smetnje u te su djece brojne, a učestalije su u aktivnim fazama bolesti. **Prikaz slučaja:** U prikazu je opisan dječak obolio od ulceroznog kolitisa s pridruženim psihičkim smetnjama. Osobita pažnja posvećena je obiteljskim odnosima. **Rasprava:** Iako su psihološki i tjelesni čimbenici povezani, prihvaćanje je mišljenje da su psihički poremećaji u KUBC posljedica, a ne uzrok bolesti. Uobičajeno funkcioniranje i kvaliteta života obitelji djece s KUBC mogu biti ozbiljno narušeni. Reakcija obitelji na bolest djeteta ovisi o dobi djeteta, prirodi, težini i prognozi bolesti. Cijela obitelj mora se udruženo suočiti s bolesti te na taj način ostaje zajedno. Otvoreno obiteljsko komuniciranje o simptomima i liječenju KUBC mora biti prilagođeno dobi bolesnika. Time se osnažuje bolesnikova percepcija o mogućnostima savladavanja svakodnevnih problema. **Zaključak:** Osnova liječenja KUBC mora biti holistički pristup kojim se uvažavaju sve posebnosti djetetova stanja.

Ključne riječi: adolescenti, djeca, kronična upalna bolest crijeva, psihosocijalni aspekti

Abstract. Aim: Inflammatory bowel diseases are considered to be amongst the most severe chronic diseases in childhood and adolescence. They are marked by unpredictable relaps with uneven intensity. The most recognizable are gastrointestinal disturbances, but extraintestinal ones are numerous as well. It's not rare that those affected develop psychological disturbances which then can lead to further complications to the diseases course and treatment. **Case report:** We described a case of a boy with colitis ulcerosa and psychological disturbances. Special attention was paid to relationship with closed family. **Discussion:** Normal functioning and the quality of life of families with children with IBD can be seriously disturbed. Coping with the disease of the child depends on the child's age, nature, severity and prognosis of the illness. Both, the individual and the whole family should face the disease united and in that way they remain together. Open family communication about symptoms and treatment of IBD must be adapted to the patient's age. This reinforces the patient's perception of the possibilities of overcoming everyday problems. **Conclusion:** The basis of treating IBD must be a holistic approach that takes into consideration all the specifics of the child's condition.

Key word: adolescents, children, inflammatory bowel disease, psychosocial aspects

¹Klinika za pedijatriju, KBC Rijeka

²Klinika za psihijatriju, KBC Rijeka

³Centar za kliničku, zdravstvenu i organizacijsku psihologiju, KBC Rijeka

Primljeno: 21. 1. 2010.

Prihvaćeno: 5. 5. 2010.

Adresa za dopisivanje:

Doc. dr. sc. Goran Palčevski, dr. med.

Klinika za pedijatriju, KBC Rijeka,
Istarska 43, 51 000 Rijeka

Tel. 051 659 157

Faks 051 623 126

e-mail: goran.palcevski@ri.t-com.hr

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

UVOD

Kronična upalna bolest crijeva (KUBC) spada među najteže kronične bolesti koje pogađaju i djecu i adolescente. KUBC je zajednički naziv za Crohnovu bolest (CB), ulcerozni kolitis (UK) i nediiferencirani kolitis.

Od KUBC mogu oboljeti djeca i adolescenti bilo koje dobi. Najviša incidencija CB zabilježena je u kasnijoj adolescenciji i mlađoj punoljetnosti, a UC u dobi između 10. i 15. godine¹⁻³. Istraživanja po-

Djeca i adolescenti s KUBC smatraju da nemaju nadzor nad svojim životima, što ih može činiti nesigurnim. Zbog dugotrajnosti i nepredvidljivosti ovih bolesti njihova je pojava osobito nezgodna tijekom adolescencije kao kritičnog razdoblja tjelesnog, kognitivnog i psihosocijalnog razvoja.

kazuju porast incidencije KUBC u djece. Podaci o učestalosti su različiti, a kreću se između 4 i 7 na 100 000 djece^{4,5}. Bolest podjednako pogađa oba spola⁶.

Točan uzrok KUBC nije poznat. Posljednjih desetak godina smatra se da su u nastanak kronične upalne crijevne reakcije, koja je svojstvena KUBC, uključeni i funkcionalno integrirani utjecaji okoline, bolesnikovo genetsko nasljeđe, bolesnikova crijevna mikrobiološka flora te imunološki sustav⁷.

Bolest je obilježena nepredvidljivim egzacerbacijama neujednačene jačine. Najčešće smetnje su abdominalni bol, proljevi s primjesama krvi, mučnina i opća slabost. Izvancrijevne tegobe puno su izrazitije u CB. Učestalost im raste s trajanjem bolesti. Od izvancrijevnih promjena bilježe se nezadovoljavajući prirast na tjelesnoj težini, zaostatak u rastu te seksualnom razvoju, artritis, kožne promjene i očne promjene (uveitis), manjak IgA te nepodnošenje laktoze^{2,3}.

Psihičke smetnje u te su djece brojne, a učestalije su u aktivnim fazama bolesti⁸. Iako su psihološki i tjelesni čimbenici povezani, prihvaćenije je mišljenje da su psihički poremećaji u KUBC posljedica, a ne uzrok bolesti⁸.

Bolesnici su nezadovoljni, imaju nisku razinu samopoštovanja, nisu samopouzđani kao njihovi

vršnjaci, mogu imati poremećenu samopercepciju, teže se prilagođavaju novim situacijama, izloženi su stresu, pate od aleksitimije^{9,10}.

Djeca i adolescenti s KUBC smatraju da nemaju nadzor nad svojim životima, što ih može činiti nesigurnim. Zbog dugotrajnosti i nepredvidljivosti ovih bolesti njihova je pojava osobito nezgodna tijekom adolescencije kao kritičnog razdoblja tjelesnog, kognitivnog i psihosocijalnog razvoja⁶.

Uzroci psihičkih smetnji u oboljelih su djelomično isti kao u svim kroničnim bolestima, ali i osobiti za KUBC. Djeca s dijabetesom u svakodnevnom životu mogu imati puno veće smetnje, no nakon početnih tegoba prihvaćanja sebe kao bolesne osobe, shvaćaju da je bolest socijalno prihvatljiva i nemaju razloga za sram. Simptomi KUBC su socijalno neprilični i ponižavajući, a oboljeli o njima nerado govore.

U bolesnika s KUBC od psihijatrijskih bolesti spominju se depresija, anksioznost te opsesivno kompulzivni poremećaj, a nerijetko su zabilježeni i suicidi¹⁰⁻¹². Simptomi mogu biti izraženi već na početku, ali su puno češći kada bolesnik postane svjestan dugotrajnosti i zahtjeva svoje bolesti. Podaci o pobolijevanju od psihijatrijskih smetnji u djece i adolescenata s KUBC nisu ujednačeni. Engstrom zaključuje da je 56 % djece s KUBC imalo ili ima psihijatrijske tegobe⁹. Druga istraživanja zaključuju da nema značajnije povezanosti psihičkih tegoba s bolesti ili stupnjem njene aktivnosti¹³. Kao uzrok depresije u bolesnika s KUBC spominju se psihološki utjecaj bolesti na sliku o vlastitom tijelu ili na životni stil, poteškoće u prilagodbi na tjelesne promjene koje nastaju zbog bolesti ili liječenja, izravan utjecaj citokina povezanih s upalom na mozak te utjecaj steroida koji se koriste u liječenju¹³.

Više je istraživanja izučavalo povezanost psihološkog stresa i egzacerbacije KUBC. Stresni događaji mogu uzrokovati egzacerbaciju smetnji, a egzacerbacija može dodatno pogoršati psihološke smetnje. Bolesnici s izraženijim znacima bolesti od ranije imaju više psihičkih tegoba nego oni s blažim simptomima¹⁴.

Specifični lijek za KUBC ne postoji. Cilj liječenja je odgovarajući nadzor upale čime se nastoji ublažiti tijek bolesti i postići remisija¹⁵. U liječenju se koriste lijekovi, nutritivna potpora i kirurški zahvati. Sve donedavno najčešće su korišteni kortikoste-

roidi koji se u novije vrijeme zbog nuspojava napaštaju. Njihovo mjesto zauzimaju imunosupresivi i protuupalni lijekovi.

Komplikacije su brojne, pa je stoga nužna detaljna izobrazba o neophodnosti zajedničkog medicinsko-psihološkog pristupa. Time se liječe postojeći psihološki poremećaji te umanjuju osjećaji straha i srama koji se, zbog bolesti, mogu razviti u oboljelih i obitelji¹⁴.

Odnos između bolesti djeteta, njenog tijeka te utjecaja na roditelje i obitelj je složen i dinamičan¹⁶. Bolest djeteta za roditelja uvijek predstavlja traumatski događaj. Način obrane određuje ličnost samog roditelja te socijalne i kulturne prilike u kojima živi ili se razvijao. Što su roditelji psihički zdraviji, a emocionalna situacija stabilnija, to je reakcija obitelji na bolest djeteta realnija, a briga za bolesno dijete konstruktivnija¹⁷.

KUBC ima sve osobine kroničnih bolesti, ali i svoje osobitosti.

Psihodinamska pretpostavka o razvoju KUBC zasnivala se na prisutnosti simbiotske relacije između bolesnog djeteta i majke. Neizrečena ljutnja i problematičnost odnosa majka-dijete tako mogu biti povezani s povećanom aktivnošću bolesti. Gerson i suradnici su KUBC promatrali iz perspektive obiteljskog sustava, što je omogućilo prikaz bolesnika u njegovom obiteljskom okruženju¹⁸. Uočena je povezanost bolesti i funkcioniranja obitelji te povezanost stupnja aktivnosti bolesti sa slabijom komunikacijom unutar obitelji. Ponuđeno je zanimljivo objašnjenje. Bolest povezuje, organizira obitelj, pa ostali uzroci obiteljskog stresa postaju manje važni od bolesti njenog člana. Mobilizacija obitelji zbog bolesti može potisnuti probleme pojedinaca. Ponekad se prekine sva komunikacija osim one izravno vezane uz medicinske aspekte bolesti. Kako se aktivnost bolesti smanjuje, može doći do porasta stresa i napetosti članova obitelji. Neriješeni osobni i obiteljski problemi tako mogu postati vidljivi oporavkom bolesnog člana. Ovaj opis odgovara modelu "psihosomatskih obitelji" koji je prisutan i u nekim drugim bolestima (npr. astma, anoreksija). U adolescenata se KUBC može ispoljiti kao način komunikacije u obiteljima s neodgovarajućom komunikacijom¹⁹.

Prihvaćajući načelo "obiteljskih sustava", djecu s KUBC treba promatrati u kontekstu njegove okoli-

ne. Roditeljska psihopatologija pokazala se kao značajan prediktor nervoze, niske razine samopoštovanja, osjećaja bezvrijednosti, usamljenosti i poteškoća s koncentracijom u njihove djece²⁰. Prema nekim istraživanjima polovica majki te djece imala je ili ima depresivne smetnje²¹.

Neki istraživači smatraju da roditelji djece s KUBC češće poboljšavaju od psihijatrijskih bolesti te ponašajno/emocionalnih poteškoća nego roditelji zdrave djece. Po njima su majke djece s KUBC izloženije stresu i imaju značajno više psihičkih smetnji¹⁸. Drugi zaključuju da se ta učestalost ne razlikuje od one u roditelja djece s ostalim kroničnim bolestima⁸.

Iako su podaci o utjecaju psihičkog zdravlja roditelja *per se* na djecu neusuglašeni, jasno je da svaki poremećaj koji dublje naruši obiteljske odnose može značajno utjecati na psihičko zdravlje djece.

Kao i ostale kronične bolesti, KUBC značajno narušava kvalitetu života bolesnika te uže i šire obitelji. Kvaliteta života bolesnika izravno ovisi o tjelesnim manifestacijama bolesti (npr. bol, vrsta tjelesnih tegoba, komplikacije)²¹. Djecu brinu brojna pitanja kao nuspojave lijekova, javljanje recidiva, nemogućnosti nadzora bolesti ili česti izostanci iz škole²².

Ozbiljno je narušena i kvaliteta života roditelja te braće i sestara.

Roditelje brinu o istim stvarima kao i njihova djeca, no tu je i zabrinutost zbog utjecaja bolesti na budućnost djeteta (posao, osamostaljivanje). Dodatno su opterećeni financijskom stranom liječenja i posljedicama čestog izostajanja s posla.

Braću i sestre djece s KUBC najčešće pogađa nerazumijevanje bolesti, ljubomora zbog pažnje koja se posvećuje bolesniku te zabrinutost da će oboljeti biti zadirkivan. Podaci o strahu da bi i oni sami mogli oboljeti nije jednak u svim istraživanjima^{20,22}.

Disfunkcionalnost obitelji može bolje predskazati psihosocijalno i ponašajno/emocionalno funkcioniranje djeteta nego sami čimbenici bolesti^{8,23}. Što je bolja obiteljska povezanost bolja je i prilagodba djeteta na kroničnu bolest^{20,24}.

Kvaliteta potpore koju može pružiti obitelj određena je njenim funkcioniranjem. U povezanim obiteljima članovi su psihički zdraviji, a smetnje u

ponašanju rjeđe. Problematici obiteljski događaji (npr. sukobi) smanjuju sposobnost psihološke prilagodbe i/ili uzrokuju češće smetnje ponašanja članova.

Aktivna bolest može ujediniti obitelj u prihvaćanju bolesti i suočavanju s njenim nepredvidljivim tijekom, pa je i stres manji^{18,24}. Tome nasuprot, ublažavanje težine bolesti može biti udruženo s porastom disfunkcije u obiteljima čiji je član obolio od KUBC²⁴.

Disfunkcija obitelji izravno utječe na smetnje. Pogaćana napetost u obitelji može navesti bolesnike da umanjuju tegobe. Osjete li da ostali članovi obitelji ne mogu podnijeti i dijeliti napetost zbog pogoršanja bolesti, osjećaju se nesigurni i krivi, čime će simptomi biti izrazitiji¹⁸.

Uz oboljelog od KUBC tijekom liječenja stalno bi trebali biti prisutni roditelji. Da bi liječenje bilo uspješno nerijetko je nužna promjena dotadašnjih kućnih pravila. Sposobnost pružanja potpore unutar obitelji ovisi o razvijenosti postojećih veza, sposobnosti uzvraćanja (reciprociteta) i komunikacijskim sposobnostima članova. Povezivanje obitelji pružaju bolju pomoć i potporu svojim članovima²⁵.

PRIKAZ BOLESNIKA

Dječak u dobi od 14 godina liječničku pomoć zatražio je zbog bolova u trbuhu, učestalih sluzavokrvavih stolica i gubitka tjelesne težine. Zbog tih je smetnji odmah zaprimljen u bolnicu na Kliniku za pedijatriju. Liječio se kasnije ambulantno uz povremene hospitalizacije.

Tegobe su počele 6 mjeseci uoči prijama, krajem 7. razreda osnovne škole. Rođen je iz prve, kontrolirane trudnoće tijekom koje je majka mirovala zbog prijetućeg pobačaja. Kada je imao 7 godina roditelji su se rastali, a braće ni sestara nema. Točan razlog rastave majka nije nikada htjela reći. Neformalno se doznaje da je otac imao probleme s alkoholom, a upadao je i u kockarske dugove. Dječak i majka ostali su živjeti u istom mjestu, s majčinih roditeljima koji su ga čuvali dok je ona radila. Kada mu je bilo 11 godina, majka se ponovno udala. Novi suprug boluje od dijabetesa. Unatoč redovitom liječenju često, osobito posljednjih mjeseci, ima epizode hipoglikemije, kada mijenja raspoloženja uz napetost i svađe. Majka je u svojem djetinjstvu bila često i dugotrajno hospitalizirana zbog

kronične bolesti (astme), a u posljednje se vrijeme osjeća depresivno. Unatoč neredovitim uplatama očeve alimentacije, materijalno je stanje zadovoljavajuće. Majka radi u privatnom poduzeću novog supruga što joj omogućava često izbivanje s posla. Kontakti s očevim roditeljima su puno intenzivniji nego s ocem. Susreti s ocem su rijetki, kratki i emocionalno siromašni, nedostaje im sadržaja, nerijetko ispunjeni napetošću.

Anamnestički podaci o prehrani, psihomotornom razvoju, alergijama i ranijim bolestima su bez osobitosti.

Na osnovi anamnestičkih podataka, kliničke slike te nalaza laboratorijskih i dijagnostičkih pretraga postavljena je dijagnoza ulceroznog kolitisa. Već početkom liječenja dječak je odbijao uzimanje tableta uz obrazloženje "da ih ne može popiti". S obzirom na stupanj razvijenosti bolesti započeto je liječenje kortikosteroidima, no nije postignuta potpuna remisija bolesti. Nakon dva mjeseca u dječaka su postale vidljive nuspojave steroidne terapije (*acne*, *facies lunata*, hirsutizam, depresija). Pohađanje nastave bilo je izrazito neredovito. Razlozi su rijetko bili vezani uz osnovnu bolest. Dječak je vrlo izbirljiv u prehrani. Često je imao subjektivne osjećaje slabosti što je uzrokovalo neredovito pohađanje nastave. Izostancima iz škole pridonosile su i noćne smetnje (nemogućnost usnivanja, učestale stolice, nemir) zbog kojih bi dječak prespavao veći dio idućeg dana.

Uza sve navedene tegobe u dječaka dolazi do izražaja snažan psihogeni moment koji se manifestirao neadekvatnim snom, odbijanjem prehrane, čestim atakama anksioznosti, panike ili depresije nakon kojih je primijećeno i subjektivno pogoršanje osnovne bolesti.

Imao je česte viroze uz koje bi bilo vezano subjektivno i objektivno pogoršanje: učestalije sluzavokrvave stolice, pogoršanja laboratorijskih nalaza (SE, KKS, CRP, proteinogram, koagulogram).

Boravci u bolnici bili su česti. Nerijetko su određivani dječakovim i majčinih željama, udaljenim stalnim prebivalištem, a ne stvarnim zdravstvenim stanjem. S obzirom na to da odgovor na primjenjivano medikamentozno liječenje nije bio zadovoljavajući, dječak je konačno, u drugoj medicinskoj ustanovi, podvrgnut operativnom zahvatu.

Početni nalaz psihologa glasi: *Majka dječaka opisuje pretjerano zrelim i odgovornim, s obzirom na dob, neasertivnim i pasivnim u reagiranju, vrlo vezanim uz nju...*

Obiteljske odnose dječak procjenjuje adekvatnim, uz naglasak na nedovoljne kontakte s ocem. S obzirom na cjelokupnu obiteljsku situaciju opisuje nemogućnost ispunjavanja različitih zahtjeva okoline, kao i postojećih očekivanja. Globalno intelektualno funkcioniranje prosječne je razine u odnosu za kronološku dob. Na socioemocionalnom planu dominira tendencija umanjivanju vlastitih emocionalnih teškoća i davanju socijalno poželjnih odgovora. Ipak, uočava se izrazito povišena anksioznost (osobito separacijskog tipa). Nema tendencija otvoreno izražavati vlastite potrebe i emocije (osobito ljutnju), pasivnijih je načina reagiranja, sklon poslušnosti i prihvatanju. Opozicionalnost, asertivnost i bunt koji su u adolescentnom periodu normativni – izostaju. Vlastite strategije suočavanja sa stresom uglavnom procjenjuje učinkovitim, s time da socijalnu podršku obitelji doživljava efikasnijom naspram podrške vršnjaka. Sadržaji kojima je okupiran velikim dijelom uključuju probleme odraslih i njihove odnose, usklađivanja različitih zahtjeva okoline, što je uz svakodnevne školske i druge obaveze kontinuirani izvor stresa i pojačane intrapsihičke napetosti. Navedeno se u kombinaciji sa smanjenom emocionalnom reaktivnošću i nedostatkom asertivnosti ima tendenciju ispoljavati i kroz tjelesne simptome.

Psihijatar je dječaka od samog prijama u bolnicu pregledavao u više navrata. Postavljena dijagnoza bila je anksiozno depresivni poremećaj. Preporučeno je liječenje alprazolamom a 0,25mg 2x1 tbl, zolpidemom a 5 mg pred spavanje ili midazolamom 1 tbl te uključivanje obitelji u psihoterapijski postupak. Dogovoreno je i ambulantno praćenje koje se redovito provodilo. Preporučene lijekove bolesnik je uzimao nerado i neredovito, a odaziv psihoterapiji bio je neodgovarajući, pa su izostali željeni učinci. Prelaskom u drugu ustanovu gubi se uvid u daljnji proces liječenja.

RASPRAVA

Kada razmišljamo o psihosocijalnom aspektu bolesti, u kontekstu pojedinačnog obiteljskog susta-

va, moramo biti svjesni ograničenosti našeg uvida. Upravo stoga nemamo slobodu interpretacija, ali nam je ostavljen prostor da postavljamo pitanja u svrhu boljeg razumijevanja te posljedičnih promjena stavova, emocija i ponašanja bolesnika, kao i članova njegove obitelji. U okvirima takvog pristupa, kroz raspravu ove kliničke vinjete vode nas dosadašnje znanstvene spoznaje koje potkrepljuju naša klinička pitanja.

Kada govorimo o KUBC nezaobilazno je napomenuti koncept psihosomatskih oboljenja. Pod psi-

Dijete oboljelo od KUBC trebalo bi promatrati i u kontekstu njegove okoline te pokušati razumjeti ne samo način njegovog, nego i način funkcioniranja njegove obitelji. Pored važnosti liječenja tjelesnih manifestacija KUBC važno je razmišljati o potrebi holističkog pristupa u liječenju oboljelog djeteta kako bi se pažnja usmjerila i na psihosocijalni aspekt bolesnika i njegove okoline.

hosomatikom se podrazumijeva visceralni odgovor na emocije kojih je bolesnik dijelom svjestan, ali koje većinom nisu prepoznate u svijesti. Psihosomatiku možemo smatrati "jezikom organa" pri čemu anksioznost i negativne emocije svoj izlaz, u konačnici, pronalaze kroz neku tjelesnu smetnju²⁷. Među ove bolesti, pored mnogih drugih, ubrajaju se ulcerozni kolitis te bronhijalna astma od koje boluje majka oboljelog dječaka. Nakon što je uočeno da više članova iste obitelji nerijetko ima psihosomatske smetnje počeo se izučavati "koncept psihosomatskih obitelji". Za njih je utvrđeno da su rigidne, izbjegavaju sukobe i prekomjerno štite članove. Uz to su, kod oboljelih od UK, obitelji sklone umanjivanju značaja sukoba, nesloge i izolacije¹⁸.

Važan teorijski okvir koji se mora spomenuti s ciljem boljeg shvaćanja psihosocijalnog aspekta KUBC je privrženost (engl. *attachement*). Odnos majka – dijete smatra se najvažnijim čimbenikom razvoja ne samo emocionalnih već i tjelesnih reakcija djeteta¹⁷. Poremećaj u privrženosti između majke i djeteta smatra se mogućim patogeničnim uzrokom nastanka ovih bolesti u nezanemarivom postotku slučajeva²⁶.

Značajna je i psihodinamska pretpostavka o prisutnosti simbiotske povezanosti djeteta s KUBC i

njegove majke¹⁸. Te se relacije mogu očitovati jakim vezanošću djeteta uz majku te izrazito povišenom anksioznosti posebice separacijskog tipa. Odnos između bolesti djeteta, njenog tijeka te utjecaja na roditelje i obitelj složen je i dinamičan¹⁶. U opisanom kliničkom slučaju zanimljiva je vremenska povezanost pogoršanja zdravstvenog stanja majčinog sadašnjeg partnera, pogoršanja komunikacije unutar obitelji te pogoršanja zdravstvenog stanja djeteta.

Bolesno dijete često dobiva poseban položaj u obiteljskom sustavu: kao zdravo nije bilo toliko voljeno i paženo kao sada kad je bolest prisutna. Te su pogodnosti poželjne kod pojave bolesti. Problem nastaje kada sprječavaju djetetovo izlječenje¹⁷.

Nezaobilazna mobilizacija obitelji koja se događa zbog bolesnog člana može potisnuti probleme pojedinca. Bolest u obitelji ponekad dovodi do prekida sve druge komunikacije osim one koja je izravno vezana uz bolest njenog člana¹⁸. Moguće je, stoga, da upravo bolest održava obitelj na okupu. Nasuprot tome, svojim zdravstvenim stanjem bolesno dijete može zadobiti pažnju jednog člana svoje obitelji, posebice onog koji je njemu najvažniji. Time se može umanjiti njegova posvećenost drugim članovima obitelji. Pri opisu tijeka liječenja u našem slučaju vidljiva je dječakova nemogućnost postizanja suradljivosti u primjeni oralnih oblika lijeka, a značajan dio problema odnosio se i na izbirljivost u prehrani. Sve je to dodatno otežavalo njegovo liječenje, ali i zahtijevalo pojačanu specijalnu brigu oko dječaka. Kako bilježi pedijatar gastroenterolog, boravci u bolnici bili su česti i nerijetko određivani dječakovim i majčinim željama. Zbog liječenja majka je bila primorana odlaziti sa sinom i boraviti u drugom mjestu, udaljenom od mjesta stanovanja.

Ako se usmjeri na funkcioniranje oboljelog pojedinca i njegovu osobnost, kao najznačajnije karakteristike u bolesnika s KUBC navode se neuroticizam i aleksitimija²⁶. Koncept aleksitimije označava nemogućnost izražavanja svojih osjećaja zbog toga što osoba nije svjesna svog raspoloženja. Takav pojedinac može razviti stanje napatosti zbog kojeg se razvijaju somatska oboljenja²⁸. U slučajevima gdje nije dozvoljena otvorena izražajnost emocija, ako anksioznost postaje kronič-

na, nastaju promjene u visceralnim organima. Ako tenzija traje dovoljno dugo, te promjene mogu uzrokovati patološke promjene, odnosno psihosomatske bolesti poput UK¹⁷. Dokazana je tako povezanost neizrečene emocije (primjerice ljutnje) s aktivnosti KUBC¹⁸.

Uloga psihosocijalnih faktora u KUBC još uvijek nije dovoljno razjašnjena. Ipak, pažnja koju posvetimo oboljelima može utjecati na psihosocijalno blagostanje pojedinca, kvalitetu njegova života te na aktivnost same bolesti²⁹.

ZAKLJUČAK

Dijete oboljelo od KUBC treba promatrati i u kontekstu njegove okoline te pokušati razumjeti ne samo način njegovog, nego i način funkcioniranja njegove obitelji.

Pored važnosti liječenja tjelesnih manifestacija KUBC važno je razmišljati o potrebi holističkog pristupa u liječenju oboljelog djeteta kako bi se pažnja usmjerila i na psihosocijalni aspekt bolesnika i njegove okoline.

LITERATURA

1. IBD Working Group of the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN). Inflammatory bowel disease in children and adolescents: recommendations for diagnosis-the Porto Criteria. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;41:1-7.
2. Griffiths AM, Hugot JP. Crohn disease. In: Walker WA, Goulet O, Kleinman ER, Sherman P, Schneider B, Sandersonet I (eds.) *Paediatric Gastrointestinal Disease*. 4th ed. Ontario: BC Decker; 2004.
3. Leichtner AM, Higuchi L. Ulcerative colitis. In: Walker WA, Goulet O, Kleinman ER, Sherman P, Schneider B, Sandersonet I (eds.) *Paediatric Gastrointestinal Disease*. 4th ed. Ontario: BC Decker; 2004.
4. Orel R, Kamhi T, Vidmar G, Mamula P. Epidemiology of Pediatric Chronic Inflammatory Bowel Disease in Central and Western Slovenia, 1994-2005. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;48:579-86.
5. Lindberg E, Lindquist B, Holmquist L, Hildebrand H. Inflammatory bowel disease in children and adolescents in Sweden, 1984-1995. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;30:259-64.
6. Szigethy E, Levy-Waren A, Whitton S, Bousvaros A, Gauthreau K, Leichtner AM et al. Depressive Symptoms and Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents: A Cross-Sectional Study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004;39:395-403.
7. Scaldaferrri F, Fiocchi C. Inflammatory bowel disease: Progress and current concepts of etiopathogenesis. *Journ Dig Dis* 2007;8:171-8.
8. Mackner LM, Wallace VC. Psychological factors affecting pediatric inflammatory bowel disease. *Curr opin pediatr* 2007;19:548-52.

9. Engstrom S, Searle A, Bennett P. Psychological factors and inflammatory bowel disease: a review of a decade of literature. *Psychol, Health & Med* 2001;6:121-36.
10. Nicholas DB, Otley A, Smith C, Avolio J, Munk M, Griffiths AM. Challenges and strategies of children and adolescents with inflammatory bowel disease: a qualitative examination. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007;5:28-35.
11. Burke P, Elliot M. Depression in Pediatric Chronic Illness. A Diathesis-Stress Model. *Psychosomatics* 1999; 40:5-17.
12. Gryboski JD. Crohn's Disease in Children 10 Years Old and Younger: Comparison with Ulcerative Colitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1994;18:174-82.
13. Mackner LM, Sisson DP, Crandall WV. Review: Psychosocial Issues in Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Journ Ped Psychol* 2004;29:243-57.
14. Searle A, Bennett P. Psychological factors and inflammatory bowel disease: a review of a decade of literature. *Psychol, Health & Med* 2001;6:121-36.
15. Greenley RN, Cunningham C. Parental Quality of Life in the Context of Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Journ Ped Psychol* 2009;34:129-36.
16. Panepinto JA, Hoffmann RG, Pajewski NM. A psychometric evaluation of the PedsQL Family Impact Module in parents of children with sickle cell disease. *Health Qual Life Outc* 2009;7:32-8.
17. Blažević D, Cividini-Stranić E, Beck-Dvoržak M. *Medicinska psihologija*. Zagreb: Juma, 1989.
18. Gerson MJ, Schonholtz J, Grega CH, Barr DR. The Importance of the Family Context in Inflammatory Bowel Disease. *Mt Sinai J Med* 1998;6:398-403.
19. Tojek TM, Lumley MA, Corlis M, Ondersma S, Tolia V. Maternal correlates of health status in adolescents with inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res* 2002;52:173-9.
20. Day AS, Whitten KE, Bohane TD. Childhood inflammatory bowel disease. Parental concerns and expectations. *World J Gastroenterol* 2005;11:1028-31.
21. Cunningham C, Drotar D, Palermo TM, McGowan K, Arendt R. Health-Related Quality of Life in Children and Adolescent With Inflammatory Bowel Disease. *Child Health* 2007;36:29-43.
22. Reichenberg K, Lindfred H, Saalman R. Adolescents with inflammatory bowel disease feel ambivalent towards their parent's concern for them. *Scand J Caring Sci* 2007;21:476-81.
23. Lindfred H, Saalman R, Nilsson S, Reichenberg K. Inflammatory bowel disease and self-esteem in adolescence. *Acta paediatr* 2008;97:201-5.
24. Woods BL. Beyond the "psychosomatic family": A bio-behavioral family model of pediatric illness. *Fam Process* 1993;32:261-78.
25. Moody G, Eaden JA, Mayberry JF. Social implications of childhood Crohn's disease. *Journ Ped Gastroenterol Nutr* 1999;28:S43-5.
26. Aszalos Z. Neurological and Psychiatric Aspects of some gastrointestinal Disease. *CEMED* 2009;3:53-64.
27. Frančišković T, Moro Lj. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada, 2009.
28. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's synopsis of psychiatry:behavioral sciences/clinical psychiatry-10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams, 2007;813-7.
29. Biancone L, Michetti P, Travis S, Escher JC, Moser G, Forbes A et al. European evidence-based Consensus on the management of ulcerative colitis: Special situations. *JCC* 2008;2:63-92.